

## Departamento para Niños y Familias de Kansas Formulario de Revisión para Familias

Este formulario nos proporciona la información necesaria para decidir la continuación de elegibilidad de su familia. Si usted desea solicitar programas y servicios adicionales, deberá comunicarse con el centro de servicios para solicitar una solicitud por separado. Responda todas las preguntas de la mejor manera posible. Si el inglés no es su idioma materno, se proporcionará un intérprete sin costo para usted. Usted está sujeto a multas graves por cualquier información falsa o engañosa que proporcione en esta solicitud.

### Para Uso de la Agencia Solamente

Date Received: \_\_\_\_\_

Date Interviewed: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

FA

CA

CC

Was the review received following the end of the review period?  No  Yes

If yes, is the household eligible for expedited services?  No  Yes

### Información del Grupo Familiar

Nombre: \_\_\_\_\_

Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido

Domicilio de Correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Durante el Día: \_\_\_\_\_ Teléfono para Mensajes: \_\_\_\_\_

Liste todas las personas que viven con usted. Lístese usted primero. (Utilice una hoja adicional para listar más miembros del grupo familiar). (La condición de estudiante incluye escuela primaria, escuela secundaria, universidad o escuela vocacional-técnica).

Primer Nombre, Inicial del Segundo, Apellido	Relación con Usted	¿Está usted presentando la solicitud para esta persona?	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Número del Seguro Social	Estudiante	Ciudadano de Estados Unidos
	Para usted	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

## Información del Grupo Familiar (continuación)

1. ¿Compra y cocina alimentos (o lo hará después de la aprobación) en forma separada de otras personas en su hogar? (Complete esta pregunta sólo si está solicitando nuevamente la Asistencia Alimentaria).  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, por favor liste sus nombres y la relación con usted: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. ¿Se ha mudado alguien a o fuera de su grupo familiar?  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, por favor liste el nombre y la fecha en la cual ellos ingresaron o abandonaron el grupo familiar: \_\_\_\_\_
3. Si alguien está embarazada, por favor liste el nombre y la fecha de parto (complete esta pregunta sólo si está solicitando nuevamente asistencia en efectivo): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Hay alguna persona discapacitada en su hogar?  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, por favor liste el nombre y la discapacidad: \_\_\_\_\_
5. ¿Recibe algún miembro del grupo familiar beneficios del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas?  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, ¿dónde? \_\_\_\_\_
6. ¿Está alguien en su grupo familiar escapando de una demanda por delitos graves o de la cárcel?  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): \_\_\_\_\_
7. ¿Está alguien en su grupo familiar violando la libertad condicional o libertad bajo palabra?  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): \_\_\_\_\_

**Las siguientes preguntas son requeridas por ley federal para los fines del programa de asistencia alimenticia solamente. Si su respuesta es afirmativa a cualquiera de las preguntas, asegúrese de listar el/los nombre(s) de la(s) persona(s) involucrada(s).**

8. ¿Ha sido alguien en su grupo familiar condenado por comercializar beneficios de asistencia alimenticia a cambio de drogas después del 22 de septiembre de 1996?  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): \_\_\_\_\_
9. Has anyone in your household been convicted of buying or selling food assistance benefits over \$500 after September 22, 1996?  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): \_\_\_\_\_
10. Has anyone in your household been convicted of fraudulently getting duplicate food assistance benefits in any state after September 22, 1996?  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): \_\_\_\_\_
11. Has anyone in your household been convicted of trading food assistance benefits for guns, ammunitions, or explosives after September 22, 1996?  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): \_\_\_\_\_

## Representante Autorizado

Usted puede nombrar a otra persona para ayudarle a obtener los beneficios. Esta persona puede ayudarle a completar la solicitud, responder las preguntas por usted, y utilizar la tarjeta Vision por usted. Nosotros podremos compartir la información con esta persona. Esta persona será su representante autorizado. ¿Quiere usted que alguien le ayude?  No  Sí

Si la respuesta es afirmativa, cuéntenos acerca de esta persona:

Su nombre \_\_\_\_\_

Su address \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Su número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Quiere que la persona antes mencionada tenga acceso a sus beneficios?  No  Sí

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles beneficios?  asistencia alimentaria  en efectivo  cuidado de niños

Si la respuesta es negativa, ¿quiere elegir a otra persona para que tenga acceso a sus beneficios? Esta persona será su representante autorizado y puede tener acceso a sus beneficios. Nosotros podremos también compartir la información con esta persona.

Si la respuesta es afirmativa, cuéntenos acerca de esta persona:

Su nombre \_\_\_\_\_

Su address \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Su número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Quiere que la persona antes mencionada tenga acceso a sus beneficios?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles beneficios?  asistencia alimentaria  en efectivo  cuidado de niños

## Información de Recursos

¿Posee o tiene alguien en su grupo familiar algún recurso a su nombre? Por ejemplo: ¿efectivo, caja de ahorro/cuenta corriente/cuenta de cooperativa de crédito, certificados de depósito (CD's por sus siglas en inglés), bonos, acciones, Cuentas Individuales de Retiro (IRA's por sus siglas en inglés), propiedades, o cualquier otro recurso?  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, complete la siguiente información:

Tipo de Recurso	Nombre(s) en los Recursos	¿Donde está Guardado el Recurso? (Nombre del Banco, Cooperativa o Compañía de Crédito)	Monto o Valor

## Información de Ingresos

¿Trabaja alguien en su grupo familiar como autónomo o en un empleo?  No  Sí

Complete la información más abajo para usted o cualquier persona en su grupo familiar que esté trabajando. Por favor adjunte los talones de pago de los últimos 30 días para cada empleo. Si usted es trabajador autónomo adjunte una copia de la declaración de impuestos del año pasado o una verificación de ingresos y gastos de los últimos 3 meses.

Nombre de la Persona Empleada	Nombre, Teléfono y Domicilio del Empleador (Si es empleado autónomo, liste el tipo de negocio)	Sueldo o Salario por Hora	Horas Trabajadas Semanal- mente	¿Con que frecuencia le pagan?	Día de la Se- mana en el cual recibe el Pago

¿Alguien en su grupo familiar ha perdido o abandonado un empleo en los últimos 60 días?  No  Sí Último pago: \$ \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre(s) \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Último(s) Día(s) de Trabajo: \_\_\_\_\_ Motivo(s): \_\_\_\_\_

¿Recibe alguien en su grupo familiar, incluyendo los niños, otro ingreso?  No  Sí

Si la respuesta es afirmativa, liste cualquier dinero que usted o cualquier miembro de su grupo familiar recibe (incluya manutención de niño, Seguro Social, Ingreso de Seguro Suplementario (SSI), Administración de Veteranos (VA), jubilación del ferrocarril, otros beneficios de pensión/jubilación, indemnización del trabajador, beneficios por desempleo, pagos tribales, derechos petroleros o minerales, ingresos por contrato de venta/alquiler, bonos, regalos en efectivo, dinero de parte de otras personas o cualquier otro ingreso):

Tipo/Fuente de Ingresos	Nombre de la Persona que Recibe Ingresos	Monto Recibido	Con Qué Frecuencia se Reciben

¿Alguien ha solicitado otros ingresos o beneficios?  No  Sí

Si la respuesta es afirmativa, liste quién y qué ingresos o beneficios: \_\_\_\_\_

## Gastos del Grupo Familiar

Complete si usted o cualquier persona en su grupo familiar tiene alguno de estos gastos mensuales. Complete esta sección sólo si está solicitando nuevamente la asistencia alimentaria.

Tipo de Gasto	Monto Mensual
Alquiler/Hipoteca (haga un círculo en uno)	
Alquiler de Lote o Parcela	
Impuestos a la propiedad no incluidos en la hipoteca:	

Tipo de Gasto	Monto Mensual
Seguro del propietario no incluidos en el pago de la hipoteca	
Cuidado de Dependiente	
Otro	

Si está alquilando, ¿es esta una vivienda subsidiada, Sección 8, del Departamento de la Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD por sus siglas en inglés) u otro?  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, cuéntenos el monto que usted debe pagar todos los meses: \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene usted gastos de calefacción o refrigeración?  No  Sí

Si la respuesta es negativa, marque los siguientes servicios públicos por los cuales usted debe pagar:

Agua  Cloacas  Basura  Teléfono  Electricidad/Gas para cocinar o iluminar  Otro  Ninguno

¿Usted o alguien en su residencia ha recibido Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos (LIEAP)?

No  Sí Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo?: \_\_\_\_\_

Si usted comparte el pago de estos gastos con alguien, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Paga alguien en su grupo familiar manutención de niño?  No  Sí

Si la respuesta es afirmativa, por favor proporcione comprobante de pago de los últimos 3 meses.

Quién Paga Manutención de Niño	Monto Pagado	Número de Orden Judicial para Cada Niño

¿Espera usted algún cambio en los gastos o circunstancias de su grupo familiar?  No  Sí

Si la respuesta es afirmativa, por favor explique: \_\_\_\_\_

Si usted o un miembro de su grupo familiar tiene 60 años de edad o más o está discapacitado, ¿tiene usted gastos médicos personales mensuales pagados de su propio bolsillo que superen los \$35 por mes?  No  Sí

Si la respuesta es afirmativa, ¿quién tiene los gastos médicos y cuáles son? \_\_\_\_\_

## Necesidades de Cuidado de Niños

Para continuar recibiendo asistencia para el cuidado de niños, por favor proporcione la información solicitada más abajo para cada niño. Complete esta sección sólo si está solicitando nuevamente asistencia de cuidado de niños.

Si necesita espacio adicional, utilice una hoja por separado y proporcione la misma información listada más abajo.

Proporcione lo siguiente para cada niño	Nombre del Niño	Nombre del Niño	Nombre del Niño	Nombre del Niño				
<b>Liste la Información del Proveedor de Cuidado de Niños Debajo del Nombre de Cada Niño</b>								
Nombre del Proveedor								
Domicilio								
Número de Teléfono								
<b>Cronograma Laboral / Escolar del Padre (cronograma diario laboral/escolar)</b>	Día: AM/PM - AM/PM		Día: AM/PM - AM/PM		Día: AM/PM - AM/PM		Día: AM/PM - AM/PM	
	Lun		Lun		Lun		Lun	
	Mar		Mar		Mar		Mar	
	Miér		Miér		Miér		Miér	
	Jue		Jue		Jue		Jue	
	Vie		Vie		Vie		Vie	
	Sáb		Sáb		Sáb		Sáb	
	Dom		Dom		Dom		Dom	
<b>Cronograma Escolar del Niño (cronograma escolar diario)</b>	Día: AM/PM - AM/PM		Día: AM/PM - AM/PM		Día: AM/PM - AM/PM		Día: AM/PM - AM/PM	
	Lun		Lun		Lun		Lun	
	Mar		Mar		Mar		Mar	
	Miér		Miér		Miér		Miér	
	Jue		Jue		Jue		Jue	
	Vie		Vie		Vie		Vie	
	Sáb		Sáb		Sáb		Sáb	
	Dom		Dom		Dom		Dom	
Nivel que cursa el Niño y Nombre de la Escuela/ Headstart								

## Por Favor Lea esta Información Antes de Firmar Página 12

### Derechos, Responsabilidades, y Penalizaciones

- He leído y comprendo mis derechos y responsabilidades listados en la página recortable al final de este formulario.
- Comprendo las preguntas en este formulario de solicitud.
- Comprendo las penalizaciones por ocultar información (las penalizaciones se muestran en la página recortable al final de este formulario).
- Comprendo las penalizaciones por proporcionar información falsa (las penalizaciones se muestran en la página recortable al final de este formulario).

### Condición de Ciudadanía

- La firma en este formulario significa que estoy de acuerdo en que todas las personas que viven en mi hogar y están solicitando asistencia son ciudadanos de los Estados Unidos o están en condición legal de inmigración. Comprendo que este requisito no aplica a las personas que solicitan Asistencia Médica de Emergencia (Programa SOBRA)

### Cambios Que Usted Debe Informar

- Estoy de acuerdo en informar cambios tales como cambios en mi domicilio, cambios en los ingresos, cambios en el cuidado de niños, y cambios en las personas que viven en mi hogar.
- Comprendo que seré notificado acerca de los cambios que estoy obligado a informar.
- Le informaré al DCF de los cambios que pudieran afectar mi elegibilidad o nivel de beneficios.

### Nosotros Verificaremos la Información Que Usted Nos Proporcione

- Comprendo que ustedes verificarán la información que yo proporcione en este formulario de solicitud.
- Comprendo que ustedes pueden comunicarse con otras agencias tales como oficiales federales, estatales, o locales, empleadores, proveedores médicos, empresas, organizaciones financieras, y proveedores de cuidado de niños para verificar la información.
- Comprendo que ustedes utilizarán la información que verifiquen y que esto podría afectar mi elegibilidad o nivel de beneficios.

## Información Acerca de los Números de Seguro Social

- Comprendo que tengo que proporcionar o solicitar un Número del Seguro Social para las personas en mi grupo familiar que están solicitando asistencia.
- Comprendo que los Departamento Para Niños y Familias (DCF) y el Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas, División de Finanzas de Atención Médica (KDHE - DHCF) utilizan los números de Seguro Social para funcionar. Los números son utilizados para comparaciones computarizadas con la Administración del Seguro Social, bancos, el Servicio de Impuestos Internos, y otras organizaciones y agencias.

## Información Acerca de Cumplimiento de Manutención de Niño

- Estoy de acuerdo en ayudar al Cumplimiento de Manutención de Niño (CSS) a conseguir la manutención para los niños en mi hogar. Ayudaré al CSS a establecer y hacer cumplir Órdenes para los niños.
- Estoy de acuerdo en dar al DCF toda la pensión y/o manutención de niño para cada persona en mi hogar que recibe asistencia en efectivo. Aún si no es asistencia en efectivo, comprendo que cualquier pago recibido del padre que no está en el hogar debe ser enviado a través del Centro de Pagos de Kansas.
- Para asistencia médica, comprendo que esta norma sólo aplica a mí si tanto los adultos como los niños son encontrados elegibles para la asistencia.

## Información Acerca de los Gastos de Asistencia Alimentaria

- Comprendo que debo informar y verificar los gastos de mi grupo familiar o no obtendré una deducción por ellos.

## Información Acerca de la Cooperación con el Programa de Trabajo

- Estoy de acuerdo en que todas las personas que solicitan y reciben asistencia en efectivo cooperarán con los requisitos de trabajo a menos que estén exentos.
- Estoy de acuerdo en que todas las personas que reciben asistencia alimentaria cooperarán con los requisitos de trabajo a menos que estén exentos.
- Comprendo que podríamos no recibir asistencia en efectivo si alguien no coopera.
- Comprendo que la persona que no coopera tal vez tampoco reciba asistencia alimentaria.

## Información Acerca de los Beneficios de Asistencia en Efectivo y Alimentaria

- Comprendo que no puedo utilizar los beneficios de asistencia en efectivo para comprar alcohol, tabaco o boletos de lotería.
- Comprendo que el tiempo límite para recibir los beneficios de asistencia en efectivo de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) es 48 meses.
- Comprendo que para recibir asistencia en efectivo TANF, todos los niños en el hogar con edades de 7 a 18 años deben estar inscritos en la escuela, incluyendo la educación en casa que está registrada en el Departamento de Educación de Kansas. No habrá elegibilidad para todo el grupo familiar si un niño en el hogar no está inscrito en la escuela.
- No utilice beneficios de asistencia alimentaria para comprar artículos no alimenticios, tales como alcohol o cigarrillos, o para pagar cuentas de créditos.

## Información Acerca de la Cobertura de Asistencia Médica

- Comprendo que el Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas, División de Finanzas del Cuidado de la Salud (KDHE - DHCF) es responsable de administrar el programa de asistencia médica.

### Recursos de Terceras Partes

- Comprendo que el Programa de Asistencia Médica de Kansas (Título XIX y Título XXI) sólo pagará los servicios no cubiertos por otro seguro u otras terceras partes.
- Soy responsable de utilizar e informar todos los recursos de terceras partes para todas las personas en mi hogar que reciben asistencia médica. Algunos ejemplos de recursos de terceras partes son la cobertura del seguro de salud, una sentencia de la corte, pagos de ayuda médica, un fideicomiso, o una curaduría. Estas fuentes podrían ser responsables legalmente de pagar algunos gastos médicos de una persona.
- Comprendo que ustedes podrían no pagar los servicios médicos si consideran que no se utilizó en primer lugar un recurso de tercera parte.
- Estoy de acuerdo ayudarles a intentar conseguir todos los recursos de tercera parte. La Unidad de Subrogación Médica intenta conseguir otras partes para el pago de los servicios médicos. Ayudaré a esta unidad a perseguir todos los recursos de tercera parte.

### Pagos y Apoyo

- Si nos aprueban para la asistencia médica, aceptamos permitir que los pagos de servicios médicos vayan en forma directa a nuestros médicos y otros proveedores de atención médica.
- Si nos aprueban para asistencia médica, devolveremos al Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas, División de Finanzas del Cuidado de la Salud (KDHE – DHCF) cualquier pago de ayuda médica que recibamos.

### Cláusulas de Recuperación de Patrimonio – Lo siguiente NO aplica a los Programas de Ahorro Medicare.

- Si alguien recibe asistencia médica después de los 54 años de edad o mientras esté en una institución, comprendo que podría haber una demanda contra el patrimonio del receptor o el/la cónyuge para recuperar los gastos médicos realizados en su nombre.
- Comprendo que informarán a toda(s) nuestra(s) institución(es) financiera(s) y otras compañías de inversión acerca de su demanda pendiente sobre el patrimonio.

### Derivación del Departamento de Salud

Otorgo mi permiso para que mi nombre y los nombres de aquellos en mi caso, nuestro domicilio, número de teléfono, y estado de elegibilidad sean proporcionados a los proveedores médicos y departamentos locales de salud de manera que ellos puedan proporcionarnos información acerca de los servicios que proporcionan.  No  Sí

## Información Acerca del Programa Telefónico Lifeline

- Para asistencia en efectivo (Asistencia Temporal para Familias) y alimentaria, estoy de acuerdo en que el DCF pueda proporcionar mi nombre, domicilio y número de teléfono a las compañías telefónicas que participen en la comparación de datos de Lifeline. El Programa Lifeline proporciona servicio telefónico básico a una tarifa reducida.
- Comprendo que mi información es confidencial y sólo será utilizada por las compañías telefónicas participantes para verificar mi elegibilidad para la asistencia telefónica Lifeline.
- Comprendo que el programa Lifeline no es obligatorio y que deberé solicitar este servicio comunicándome con mi compañía telefónica local.
- Comprendo que no todas las compañías telefónicas participan en la comparación de datos de Lifeline con el DCF y que yo podría tener que proporcionar un comprobante de los ingresos de mi grupo familiar a mi compañía telefónica local para que pueda determinar mi elegibilidad para Lifeline.

## Información de Registración como Votante de Kansas

Esta sección no afectará la asistencia ni los servicios que usted puede recibir del DCF o KHDE-DHCF.

Usted puede registrarse como votante fácilmente utilizando este sitio Web. <https://www.kdor.org/voterregistration/>

O, el DCF puede ayudarle con su registración como votante. ¿Le gustaría nuestra ayuda para registrarse para votar?  No  Sí  Ya estoy registrado donde vivo ahora.

Si usted no marca ninguno de los casilleros, se considerará que usted ha decidido no registrarse para votar en esta oportunidad. Esta decisión permanecerá confidencial y será utilizada sólo para los fines de registración como votante. Si usted tiene preguntas adicionales o necesita informar un problema, usted puede comunicarse con su oficial de elección del condado, Oficina del Secretario de Estado, o llamar al 1-800-262-VOTE (8683). Si usted se registra para votar, la información relacionada con la oficina donde fue presentada la solicitud permanecerá confidencial y sólo será utilizada para los fines de registración como votante.

Si usted considera que alguien ha afectado su derecho a registrarse o a declinar registrarse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si registrarse o para solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una demanda ante el Secretario de Estado de Kansas.

## Sus Responsabilidades

**Usted tiene la responsabilidad de:**

- proporcionar toda la información necesaria para determinar su elegibilidad;
- informar los cambios según sea necesario – nosotros le diremos qué debe ser informado (algunos ejemplos incluyen embarazo, nacimiento de un bebé, alguna persona que abandona o que se muda a su casa, un nuevo empleo, cambio en los ingresos, nuevo domicilio, etc.);
- entregar los pagos de pensión alimentaria o manutención de niño al DCF si usted recibe asistencia en efectivo, y cooperar con el Cumplimiento de Manutención de Niño (CSS por sus siglas en inglés) si usted recibe asistencia en efectivo (TANF por sus siglas en inglés) o asistencia de cuidado de niños;
- presentar todos los pagos directos a través del KPC aún cuando no tenga asistencia;
- pagar a su proveedor de cuidado de niños por los servicios;
- utilizar, e informar al DCF, cualquier recurso que podría ayudar a pagar los gastos médicos de su familia (algunos ejemplos incluyen pólizas de seguro, dinero ganado mediante juicios, o pagos de ayuda médica) (solamente asistencia médica);
- cooperar con el personal de Aseguramiento de la Calidad si su caso es revisado.
- buscar un empleo y participar en servicios relacionados con el empleo, comenzando a partir de la fecha en la que usted solicite la asistencia en efectivo.

## Sus Derechos

### Usted tiene derecho a:

- hacer que se le proporcione un intérprete en forma gratuita si el inglés no es su idioma materno;
- hacer que la información proporcionada al DCF sea mantenida en forma confidencial, a menos que esté directamente relacionada con la administración de los programas del DCF;
- retirar su solicitud en cualquier momento;
- Solicitar una audiencia justa dentro de un plazo de 30 días para asistencia en efectivo, y médica, o dentro de un plazo de 90 días para asistencia alimentaria si usted no está de acuerdo con la decisión; Para asistencia alimentaria, usted puede solicitar una audiencia justa en forma verbal o por escrito. Su caso puede ser presentado por un miembro del grupo familiar, o por un representante como ser un asesor legal, un pariente, un amigo u otro vocero.
- saber que si usted aplica para beneficios de asistencia alimentaria, su solicitud para asistencia alimentaria no puede ser denegada únicamente porque se le han denegado beneficios para otros programas.
- que sus beneficios sean determinados a partir de la fecha en la cual el recibe la solicitud;
- consideraciones especiales y servicios confidenciales, si el buscar un nuevo empleo o tratar de obtener manutención de niño lo pone en riesgo de violencia doméstica o agresión sexual; y
- De acuerdo con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA por sus siglas en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar en base a raza, color, nacionalidad, sexo, edad, o incapacidad. Bajo la Ley de Alimentos y Nutrición y las políticas de USDA, también está prohibida la discriminación en base a religión o preferencia política.
- Para presentar una queja por discriminación, escriba al Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA por sus siglas en inglés), Director, Oficina de Adjudicaciones, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC, 20250-9410 o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas que tienen discapacidad auditiva o del habla pueden comunicarse con USDA mediante el Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Español).

## Derechos del DCF

### El DCF tiene derecho a:

- **Utilizar la información en esta solicitud, incluyendo el Número de Seguro Social (SSN por siglas en inglés) de cada persona en su hogar, para decidir si su grupo familiar puede obtener beneficios. Nosotros verificaremos esta información mediante programas de comparación computarizada. Esta información también será utilizada para asegurar que usted esté recibiendo el monto correcto de beneficios. Solamente para asistencia para el cuidado de niños, el número de Seguro Social es voluntario;**
- **verificar la condición de extranjero de los miembros del grupo familiar del solicitante presentando información de la solicitud al Servicio de Aduanas e Inmigración de Estados Unidos (USCIS por sus siglas en inglés). La información recibida puede afectar la elegibilidad y nivel de beneficios del grupo familiar.**
- **denegarle beneficios a su grupo familiar si usted no proporciona la información solicitada;**
- **divulgar la información en su solicitud a otras agencias federales y estatales para su análisis oficial, y a oficiales de policía para los fines de atrapar a personas que están huyendo de la ley. Usted o los miembros de su grupo familiar, sin embargo, no serán reportados al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas;**
- **derivar la información en esta solicitud a agencias federales y estatales, al igual que a agencias de reclamos privados, para reclamos de cobros si surgen sobrepagos contra su grupo familiar;**
- **realizar una investigación completa de su elegibilidad incluyendo comunicarse con empleadores, proveedores de cuidado de niños, bancos, médicos, o visitando su hogar;**
- **denegar su solicitud o procesarlo a usted por fraude si usted a sabiendas proporciona información falsa para poder recibir asistencia; y**
- **proporcionar información al KDHE - DHCF para administrar asistencia médica.**

## Penalizaciones

Las familias pueden perder beneficios por no cooperar con los siguientes programas de la agencia:

- I. **Programas de Trabajo – buscar trabajo, prepararse para un empleo, y conservar un empleo. (No aplica a cuidado de niños)**
  - A. **Para Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés), aplican las siguientes penalizaciones por no cooperar con programas de trabajo sin una buena causa:**
    - 1ra Penalización**  
Su familia no recibirá los beneficios de asistencia en efectivo TANF durante un mínimo de 3 meses.
    - 2da Penalización**  
Su familia no recibirá los beneficios de asistencia en efectivo TANF durante un mínimo de 6 meses.
    - 3ra Penalización**  
Su familia no recibirá los beneficios de asistencia en efectivo TANF durante un mínimo de 1 año.
    - 4ta Penalización y subsiguientes**  
Su familia no recibirá los beneficios de asistencia en efectivo TANF durante un período de 10 años.

Para ser reincorporado al programa y volver a recibir su beneficio, se le requerirá cooperar en una actividad del programa de trabajo asignado durante 2 semanas consecutivas para la 1ra. penalización y durante 3 semanas consecutivas para la 2da. y la 3ra. penalización. Estas penalizaciones no se llevarán adelante si los niños en su familia se convierten en receptores adultos del efectivo.
  - B. **Para Asistencia Alimentaria, se aplicará una penalización comparable a la antes descrita solamente contra la persona que no cooperó. El resto del grupo familiar con asistencia alimentaria podrá obtener los beneficios si son por lo demás elegibles. La elegibilidad será redeterminada al finalizar el período de penalización.**
- II. **Cumplimiento de Manutención de Niño – establecer la paternidad de un niño y recolectar la manutención de niño. (No aplica para Asistencia Alimentaria) Para TANF y Cuidado de Niños, aplican las siguientes penalizaciones por no cooperar con Cumplimiento de Manutención de Niño sin una buena causa:**
  - 1ra Penalización**  
Su familia no recibirá los beneficios de asistencia en efectivo TANF durante un mínimo de 3 meses.
  - 2da Penalización**  
Su familia no recibirá los beneficios de asistencia en efectivo TANF durante un mínimo de 6 meses.
  - 3ra Penalización**  
Su familia no recibirá los beneficios de asistencia en efectivo TANF durante un mínimo de 1 año.
  - 4ta Penalización y subsiguientes**  
Su familia no recibirá los beneficios de asistencia en efectivo TANF durante un período de 10 años.

Para que su asistencia en efectivo y/o cuidado de niños sea reabierta, usted debe solicitarlas nuevamente y la persona penalizada debe cooperar con el Cumplimiento de Manutención de Niño.

## Penalizaciones (continuación)

### III. Penalizaciones por Fraude

#### A. Asistencia Alimentaria – Cualquier miembro de su grupo familiar que intencionalmente infrinja las siguientes normas será descalificado según se especifica más abajo:

- No mienta ni esconda información para obtener beneficios que su grupo familiar no debería obtener.
- No utilice, o tenga en su posesión, Tarjetas Vision que no sean suyas.
- No comercialice ni venda Tarjetas Vision.

Si usted realiza declaraciones falsas o engañosas y es encontrado culpable de cualquier distorsión deliberada no podrá recibir beneficios de asistencia alimentaria:

- durante 10 años si su distorsión deliberada fue acerca del lugar donde usted vive o de quien usted es para obtener beneficios duplicados;
- durante 1 año si su distorsión deliberada fue acerca de algo que no sea identidad o lugar de residencia y es su primera violación al programa;
- durante 2 años si su distorsión deliberada fue acerca de algo que no sea identidad o lugar de residencia y es su segunda violación al programa;
- nunca más si su distorsión deliberada fue acerca de algo que no sea identidad o lugar de residencia y es su tercera violación al programa;

Su elegibilidad de asistencia alimentaria también será suspendida durante 2 años o usted la perderá en forma permanente si es condenado por comprar o vender más \$500 en valor de beneficios o si utiliza los beneficios, o los recibe, en una venta de sustancias controladas, armas de fuego, municiones o explosivos. En todos estos casos, el resto de su grupo familiar que recibe asistencia alimentaria puede recibir los beneficios si son elegibles de otra forma, y el resto del grupo familiar aún será responsable de cancelar el monto de cualquier sobrepago de beneficios que fuera recibido por la persona descalificada.

#### B. TANF y Cuidado de Niños - Si usted o cualquier miembro de su grupo familiar con TANF o Cuidado de Niños intencionalmente infringe cualquiera de las siguientes normas o es fuera hallado culpable de cometer fraude (civil, penal o administrativo), su familia será permanentemente no elegible para asistencia TANF y Cuidado de Niños. Un fraude permanente para fines TANF significa que usted no puede recibir Cuidado de Niños y un fraude permanente para fines de Cuidado de Niños significa que usted no puede recibir TANF.

- No mienta, realice declaraciones engañosas, ni esconda información para obtener beneficios que su grupo familiar no debería obtener.
- No utilice, o tenga en su posesión, Tarjetas Vision que no sean suyas.
- No comercialice ni venda Tarjetas Vision.

## Permiso para Divulgar Información y Firma

**Mi firma electrónica en esta solicitud autoriza a empleados, proveedores de cuidado de niños, proveedores de atención médica, instituciones financieras, proveedores de seguros, proveedores de beneficios, y otras personas o agencias con conocimiento de mis circunstancias a divulgar al Departamento Para Niños y Familias (DCF) de Kansas y al Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas, División de Finanzas de Atención Médica (KDHE – DHCF) cualquier información, incluyendo información confidencial y de salud, necesaria para establecer mi elegibilidad para beneficios o para administrar cualquier programa (incluyendo Cumplimiento de Manutención de Niño) para los cuales yo haya realizado una solicitud.**

Autorizo al DCF y a KDHE - DHCF a compartir información médica para fines administrativos con otras agencias y contratistas.

Comprendo que toda la información proporcionada en esta solicitud y toda la información provista al personal de DCF o KHDE -DHCF en mi nombre está protegida por las leyes de confidencialidad estatales y federales.

Esta divulgación es válida a partir de la fecha de firma electrónica establecida más abajo y permanecerá válida hasta ser revocada por escrito por parte del abajo firmante. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

**Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas y completas a mi mejor saber y entender. Comprendo que además de otras penalizaciones, es ilegal obtener, intentar obtener, o ayudar a que otra persona obtenga, por medio de una declaración o representación voluntariamente falsa, o por suplantación, connivencia, u otro dispositivo fraudulento, la asistencia a la cual ellos o yo no tengo/tenemos derecho, y esto constituirá el delito de robo, según lo definido por K. S. A. 2011 Sup. 21-5081, que podría ser una infracción de delito grave por más de 11 años de cárcel y multa de hasta \$300,000.**

\_\_\_\_\_  
Su Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
La Firma de Su Cónyuge u otro adulto en su hogar (No es Requerido)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Primer Testigo (si se utiliza "X")

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Segundo Testigo (si se utiliza "X")

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor/Guardián Nombrado por la Corte (si correspondiera)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante Médico (si fuera aplicable)

\_\_\_\_\_  
Fecha

